一例进展性脑卒中机械取栓后出血转化患者的护理

张秀萍 魏晓洁 杨晓丽 刘相彩（通讯作者）

Zhang Xiuping, Wei Xiaojie, Yang Xiaoli, Liu Xiangcai(Corresponding Author)

张秀萍，主管护师，大学本科，E-mail:1351206965@qq.com 日照市人民医院 276800

魏晓洁，副主任护师，本科，E-mail:1351206965@qq.com 日照市人民医院

杨晓丽，主管护师，本科，E-mail:1351206965@qq.com 日照市人民医院

刘相彩，主管护师，本科，E-mail:1351206965@qq.com 日照市人民医院

【摘要】总结 1 例进展性脑卒中机械取栓后出血转化患者的护理经验。护理要点：医护一体化的紧急救护，多学科诊疗团队协作，多方位精准护理，预防并发症促进患者舒适，经过 41 天的精心治疗与护理，患者病情稳定顺利出院。

【关键词】脑卒中；机械取栓；出血转化；并发症；护理

【Abstract】To summarize the nursing experience of a patient with hemorrhagic transformation after mechanical thrombectomy for progressive stroke. Key points of nursing: integrated medical care emergency rescue, multidisciplinary diagnosis and treatment team cooperation, multi-directional precise nursing, prevention of complications to promote patient comfort, After 41 days of meticulous treatment and care, the patient was discharged in stable condition.

【Key Words】 Stroke; Mechanical thrombectomy; Hemorrhagic transformation; Complications; Nursing

急性缺血性脑卒中(acute ischemic stroke, AIS) 是由于脑供血动脉的血流中断，导致供血区域脑细胞缺血、缺氧，甚至坏死，从而引发相应的神经功能缺失[1]。AIS 治疗的关键在于尽早开通阻塞血管，血管内治疗特别是机械取栓是治疗大血管闭塞性 AIS 的首选方法[2]。机械取栓可显著提高血管再通率（70%-90%），并有效降低致残率和死亡率，但术后患者可能面临脑血管再闭塞等并发症[3]，其中出血转化是最常见且最严重的并发症[4]。目前，关于机械取栓后出现出

血转化再发脑卒中昏迷的护理报道较少。2024 年 5 月我院收治进展性脑卒中行机械取栓后发生脑出血破入脑室再发脑卒中昏迷患者 1 例，经过 41 天的精心治疗与护理，患者病情稳定出院。现将护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者，男性，63 岁，既往有脑梗死病史，遗留双眼左向同向性偏盲。因左侧肢体麻木 16h 于 2024 年 5 月 27 日步行入院，诊断为脑梗死。神志清，体温 36.3℃，心率 68 次/分，呼吸 17 次/分，血压 141/79 mm Hg,指脉氧 98%。四肢肌力 5 级，肌张力正常，饮水试验 1 级。

1.2 治疗与转归

该患者步行入院，但病情进展迅速，入院第二天经医院绿色通道完善颅脑 CT 检查，排除出血后，给予脑血管造影、经皮颅内动脉取栓术，术后入 ICU 监护治疗，术后当天患者意识逐渐模糊并最终昏迷，复查颅脑 MRI 及 CT 示脑干梗死，并伴有丘脑出血破入脑室。立即实施多学科协助治疗，治疗方案包括脱水降颅压、间断行腰椎穿刺术放液，大剂量血管活性药物维持血压，保证脑灌注，积极维持生命体征。术后 1 周患者出现舌后坠和发热，化验结果示白细胞计数 6.25×10^{9}/L，C-反应蛋白 30.36mg/L，PCT＞100ng/ml，考虑脓毒症休克，给予美罗培南抗感染治疗。后痰培养示金黄色葡萄球菌感染，加用万古霉素治疗，感染得到控制后，抗生素降阶梯为哌拉西林钠他唑巴坦钠。患者病情稳定后出院。

2 护理

2.1 精准识别病情，做好急救护理

患者因病情进展迅速出现意识障碍,同时心率明显加快,血压下降难以测出,呼吸为（30～45）/min，血氧饱和度持续未测出，立即给予简易呼吸器辅助通气，协助医生床旁行气管插管术，予机械通气。立即建立 2 条静脉通路，应用大剂量血管活性药物升高血压，尼莫地平静脉泵入缓解脑血管痉挛，锁骨下静脉置管静滴甘露醇、甘油果糖降颅压；留置导尿管监测尿量，记录患者 24 h 出入量。患者病情进一步进展为脓毒症休克，协助医生进行气管切开手术，并继续给予机械通气，采用 SIMV 模式，无创指脉氧饱和度 100%。

2.2 多学科诊疗团队协作，提升患者生命质量

ICU 实施多学科团队诊疗模式，由重症医学科、神经内科、神经外科、介入科、营养科及神经重症专科护士等组成多学科诊疗团队，团队在患者治疗过程中多次会诊，依据患者的生命体征及指标变化，制订最佳的治疗和护理方案，ICU 医生和护士共同参与方案的实施，提出已存在或潜在的护理问题，应用 PDCA 循环模式，每班交接治疗及护理效果，持续改进诊疗及护理措施，制定个体化的护理方案，最大限度地保障患者受益。

2.3 多方位精准护理，实现量化可视化管理

2.3.1 多设备多管路标准化管理

输液泵和注射泵置于床头右侧，配红色标识牌；鼻饲泵置于床头左侧，配蓝色标识牌。CVC 置管和呼吸机管路贴红色标识，胃管和十二指肠管贴蓝色标识，导尿管贴黄色标识，以防止误用或管路脱落。所有管路按要求正确放置，避免折叠或扭曲，确保通畅。患者翻身时，医护人员共同参与，医生负责观察病情和监测仪器参数，护理人员确保管路畅通，协助翻身。

2.3.2 加强病情观察，落实责任制护理

神经重症专科护士负责动态监测患者病情变化，做好记录，班班交接，每小时检查患者的意识、瞳孔、生命体征和血氧饱和度，密切观察是否有颅内压升高的临床表现，及时处理。

2.3.3 体温管理

体温升高或持续发热会加重神经损伤及死亡风险，因此需及时处理。常用退热药物结合体表降温方法（如温水擦浴、冰袋、冰帽等），将体温降至正常以下，减少脑血流量和耗氧，保护脑神经[5]。每 4h 监测体温，应用药物降温或物理降温半小时后复测体温，根据敏感菌监测结果遵医嘱按频次应用消炎药抗感染治疗。

2.3.4 血压管理

机械取栓术中及术后即刻的血压管理是研究的重点，观察性研究表明，低血压与较差的预后相关[5]，因此监测和控制血压以保持血流动力学稳定至关重要。术后 24 小时内应避免极端的血压变化及引起颅内压升高的行为（如剧烈咳嗽、吸痰或用力排便）[6]。术后 6 小时内每小时监测血压，使用血管活性药物时每 15 分钟测量一次。血压目标为收缩压 110-130mmHg，舒张压 60-90mmHg，并及时

报告医生，根据医嘱调整药物泵速。在升压药泵注结束前10-15分钟，准备新一组药物，使用双通路，确保药物持续输注，防止血压骤降。静脉泵入血管活性药时关注患者平均动脉压≥65 mm Hg，记录每小时尿量，量出为入，避免容量负荷过重。

2.3.5 营养支持

营养支持对危重症患者至关重要，应尽早启动肠内营养治疗[7]，患者NRS2002评分6分，白蛋白24g/L，血红蛋白80 g/L，存在营养风险。术后第二天患者出现应激性溃疡、消化道出血，给予禁食处理，并每天输入200ml白蛋白，同时使用卡文全肠外营养治疗，目标热量为1400-1600Kcal/d。逐步过渡到肠内营养，经十二指肠管持续鼻饲泵入，60 ml/h，每2h评估胃排空和肠内营养耐受性，确保患者营养供给，促进免疫功能和疾病恢复。

2.4 预见性护理预防并发症，促进患者舒适

2.4.1 及时清除气道分泌物，保障有效通气

及时吸痰可预防气道堵塞及肺部并发症，可通过听诊及视诊来判断吸痰的时机[8]，每2h翻身拍背1次，听诊双肺呼吸音，若气道内明显有分泌物或出现大水泡音或患者有呼吸窘迫时，立即进行吸痰。每次吸痰时间控制在10-15秒，评估咳嗽能力及痰液特征。

2.4.2 预防皮肤损伤

患者长期卧床，被动体位，研究表明[9]半卧位和长期卧床容易引发褥疮，正确的良肢位摆放技术能够有效地预防褥疮。应用Braden量表评估压力性损伤风险，使用气垫床和医用翻身枕减轻局部压力。给予肢体良肢位摆放，被动活动功能锻炼，揉捏按摩，减轻关节僵硬和肌肉痉挛。促进患者舒适。

3 小结

持续进展性脑梗死合并脑出血的患者病情更加凶险，护理工作面临极大挑战。在医护共同协作下迅速展开抢救，实施多学科团队合作，及时调整治疗方案，采取有效护理措施控制病情进展，加强早期的病情观察，积极预防各种并发症的发生，促进患者康复。

参考文献

[1] 向浩,徐萌萌,尹琳.血管内治疗急性大血管闭塞性缺血性脑卒中预后相关因

素分析[J].中华老年心脑血管病杂志,2024,26(03):313-316.

[2] 张萍,陈蕾,袁绘,等.血压管理对大血管闭塞急性缺血性脑卒中血管再通患者预后的影响[J].第二军医大学学报,2022,43(01):93-99.

[3] 何勇,夏明万,刘芳等.替罗非班联合强化降血压在急性缺血性脑卒中机械取栓术后应用的临床分析[J].中国神经免疫学和神经病学杂志,2022,29(04):308-313.

[4] 崔梦娇,陈璐,王芳等.急性缺血性脑卒中出血转化预测模型的系统评价[J].军事护理,2023,40(10):101-106.

[5] A.Alexander S,高雯.目标体温管理在脑保护中的应用研究进展[J].中华急危重症护理杂志,2020,1(05):468-474.

[6] 汤雪琴,刘继红,龚思媛等.急性缺血性脑卒中患者血管内介入治疗围术期护理专家共识》解读[J].护理研究,2022,36(12):2069-2073.

[7] 魏京旭,常红,曹闻亚等.1例先天性肺动静脉畸形继发急性缺血性脑卒中后动脉机械取栓联合长时程血管内低温治疗患者的护理[J].护理研究,2022,36(14):2630-2632.

[8] 薛鹏扬,高健,周文华等.机械通气患者人工气道内吸痰护理研究进展[J]. 护理研究,2019,33(14):2446-2448.

[9] 陈伟红,夏春丽,李绣球.良肢位摆放在脑卒中软瘫期患者褥疮治疗中的应用[J].护士进修杂志,2010,25(05):422-424.